

# REGISTO DO AGENDAMENTO



Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição Hospitalar: \_\_\_\_\_

Ser./Unid. Func: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ OM \_\_\_\_\_

## Vinheta do utente

Nome completo (com todos os nomes por extenso); filiação (obrigatório nos menores)

Número do processo do hospital/Número do cartão do SNS/Subsistema e nº beneficiário/Nº do B.I ou Cartão de cidadão/Data de nascimento/Sexo/Morada completa com código postal/Contactos telefónicos

Nº episódio: \_\_\_\_\_ Nº LIC: \_\_\_\_\_

### Unidades Nosológicas

UN <sup>1</sup>	Diagnósticos - Descrição (texto livre – não usar siglas)	Lat <sup>2</sup>	Cód.	Procedimentos - Descrição (texto livre – não usar siglas)	Lat <sup>2</sup>	Cód.
Principal	UN1					
(incluir patologia associada relevante)						
Secundárias	UN2					
	UN3					
UN4						

As unidades nosológicas são necessariamente as que constam da proposta cirúrgica.

Doente agendado para (cirurgia) _____ às ____:____ do dia ____/____/____ deve comparecer às ____:____ do dia ____/____/____ no Serviço/UF de _____ edifício _____ piso _____ sala _____					
<b>Observações:</b> (incluir as indicações sobre condições especiais (jejum, medicação, etc.) e objectos que deve trazer (medicamentos, canadiana, pijama, etc.))					

### Validação do documento:

Profissional	Nº Mecanográfico	Nome do profissional	Rubrica	Data
Que preencheu o doc				

<sup>1</sup> Identificar em UN1 a unidade nosológica principal que deverá conter o diagnóstico principal e o procedimento correspondente, bem como os diagnósticos e procedimentos associados. UN2 e UN3 e UN4 identificam as outras unidades nosológicas que neste evento são consideradas secundárias.

<sup>2</sup> Preencher com a letra adequada para identificar a lateralidade (B = Bilateral; E = Esquerdo ; D = Direito; N = Não aplicável)

## Resultado do contacto para agendamento

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Tipo contacto:** Telefone || Fax || Carta || Mail || Outro || \_\_\_\_\_

**O utente:**

|| Aceitou – **Existe necessidade de transporte especial (ambulância):** Sim || Não ||

**Consulta de reavaliação** – Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Serviço/UF: \_\_\_\_\_

**Preocupações expressas pelo utente**

|| Recusou – **Evoca motivo:** Pessoal || Clínico ||

**Descrição do motivo da recusa**

**O motivo de recusa foi considerado:** Plausível || Não plausível ||

**Deve proceder-se a:**

- || Novo agendamento (registar novo impresso)
- || Pendência por motivos: Pessoais || Clínicos ||
- || Cancelamento da(s) proposta(s) cirúrgica(s) nos termos do Regulamento || com consulta marcada para

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Serviço/UF: \_\_\_\_\_

|| Incontactável

**Outras observações:**